



CAMP KIMAMA

The Israeli youth connection

במהלך המחנה, נצלם את הילדים ונעלה את התמונות לפייסבוק של קאמפ קימאמה, שם תוכלו לצפות בהן (גם ללא הרשמה לפייסבוק), בכל יום נשלח לכם לינק לתמונות.

אני מאשר לקימאמה, לצלם תמונות בהן מופיעה בני/בתי, ולהציגן באתרים, וברשתות החברתיות של קאמפ קימאמה. כמו כן לעשות בתמונות כל שימוש לרבות שימוש קידומי, פרסומי במדיה השונים.

שם ההורה: _____ חתימה: _____

הצהרת בריאות – בהתאם לחוזר מנכ"ל

פרטי החניך: _____

שם הפרטי _____ שם המשפחה _____ מס' ת"ז _____ תאריך הלידה _____
אני מצהיר בזאת כי (הקף בעיגול)

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת במחנה.
- יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת במחנה כדלקמן:

תיאור המגבלה: _____

השתתפות בפעילות גופנית: _____

השתתפות בטיולים: _____

השתתפות בפעילות אחרת: _____

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

- יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד')

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

שם, כתובת ומס' טלפון לפנייה בשעת מצוקה: _____

- בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

שם התרופה: _____

אופן הטיפול: _____

- בני נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכו'):

בני/בתי אינו/ה יודע/ת לשחות.

בני/בתי יודע/ת לשחות.

חתימת ההורה: _____

תאריך: _____